



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 1040**

7 Αυγούστου 2002

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Α1/14839

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/02 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 154/Α/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α/1997).

5. Τη ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/31.10.2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

6. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

7. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του Ν. 3013/02 διαδικασία:

Θέματα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Θέματα Υγείας

Α. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΩΝ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

1. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Ιατρού
2. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Οδοντιάτρου
3. Συμμετοχή στις εξετάσεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης Επαγγέλματος βοηθού οδοντιατρείου
4. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Οδοντιατρείου
5. Συμμετοχή στις εξετάσεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης Επαγγέλματος Βοηθού Φαρμακείου
6. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Φαρμακείου
7. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού - Πτυχιούχοι Ελληνικών Πανεπιστημίων
8. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού - Πτυχιούχοι Πανεπιστημίων εξωτερικού
9. Χορήγηση άδειας επαγγέλματος Οδοντοτεχνίτη σύμφωνα με την οδηγία 92/51 της ΕΟΚ, κατόπιν αναγνωρίσεως από το συμβούλιο επαγγελματικής αναγνώρισης τίτλων εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΣΕΑΤΕΚ), αρμοδιότητας ΥΕΠΘ.
10. Ορισμός εξέτασης ενώπιον επιτροπής για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος τεχνικού προσθετικών και ορθωτικών κατασκευών
11. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος τεχνικού προσθετικών και ορθωτικών κατασκευών - σύμφωνα με το Ν. 2072/92
12. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Οπτικού ΕΕ, σύμφωνα με την οδηγία της Ε.Ε, μετά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων από το ΥΕΠΘ
13. Χορήγηση άδειας άσκησης Επαγγέλματος Μαίας - Για Αλλοδαπούς
14. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτών - τριών αλλοδαπών πολιτών κρατών εκτός Ε.Ε.
15. Χορήγηση επαγγελματικής άδειας φυσικού νοσοκομείου κ.λπ. πλην ιοντιζουσών ακτινοβολιών
16. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος εργοθεραπευτή Ε.Ε. (οδηγία 92/51 ΕΟΚ)

Β. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΩΝ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ:

17. Χορήγηση άδειας ίδρυσης ιδιωτικής κλινικής
18. Χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής
19. Χορήγηση άδειας λειτουργίας φαρμακείου
20. Χορήγηση άδειας λειτουργίας μεταφερθέντος φαρμακείου
21. Χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακαποθήκης
22. Χορήγηση άδειας λειτουργίας φαρμακαποθήκης

23. Χορήγηση άδειας πώλησης τυποποιημένων παγωτών και αναψυκτικών (μόνο από αναπηρικά περίπτερα)

Γ. ΔΙΑΦΟΡΑ:

24. Αναγνώριση πτυχίων ιατρικών ειδικοτήτων Ελλήνων και πολιτών της Ε.Ε. που έλαβαν πτυχίο από χώρες της Ε.Ε.

25. Αίτηση συμμετοχής σε εξετάσεις ιατρικής ειδικότητας

26. Άδεια μεταφοράς νεκρών

27. Άδεια μεταφοράς οστών

28. Χορήγηση άδειας ίδρυσης πτηνοκτηνοτροφικών εγκαταστάσεων: α) Για μεγάλους σταυλισμούς (δυναμικότητας μεγαλύτερης των 20 ισοδύναμων ζώων), β) Για μεσαίους σταυλισμούς (από 8 έως 20 ισοδύναμα ζώα), γ) Για μικρούς σταυλισμούς (από 3 έως 7 ισοδύναμα ζώα), δ) Για μικρούς σταυλισμούς (εγκαταστάσεις δυναμικότητας μικρότερης των 2 ισοδύναμων ζώων , πλην των οικόσιτων)

29. Χορήγηση άδειας λειτουργείας πτηνοτροφικών εγκαταστάσεων

30. Χορήγηση άδειας καταλληλότητας κινητής καντίνας

31. Χορήγηση άδειας καταλληλότητας πρατηρίου άρτου

32. Χορήγηση άδειας καταλληλότητας αυτοκινήτου μεταφοράς τροφίμων (άρτου, ειδών ζαχαροπλαστικής, φαγητών κλπ)

33. Χορήγηση άδειας καταλληλότητας αρτοποιείου

Θέματα Πρόνοιας

1. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα με βαριά αναπηρία

2. Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος καυσίμων

3. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης βαριά νοητικά καθυστερημένων (Β.Ν.Κ.)

4. Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος σε ανασφάλιστα και μοναχικά άνω των 65 ετών και ανασφάλιστα άτομα

5. Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος σε απροστάτευτα παιδιά (Ν. 4051/1960)

6. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης τυφλών

7. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από μεσογειακή αναιμία

8. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από αιμορροφιλία

9. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από AIDS

10. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών - παραπληγικών και ακρωτηριασμένων

11. Βεβαίωση χορήγησης τετραπληγικών - παραπληγικών ασφαλισμένων του Δημοσίου

12. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης Χανσενικών

13. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης κωφαλαλίας

14. Χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης βαριάς νοητικής καθυστέρισης (Β.Ν.Κ.)

15. Χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης Χανσενικών

16. Χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με εγκεφαλική παράλυση

17. Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε σπαστικά άτομα

18. Επιδότηση νεφροπαθών.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 31 Ιουλίου 2002

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ	**ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος Ιατρού».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Α) **Για πτυχιούχους Ελληνικών Πανεπιστημίων:** Αντίγραφο πτυχίου Β) **Για πτυχιούχους εξωτερικού από Μη Κράτη της ΕΕ:** αντίγραφο πτυχίου, ισοτιμία του πτυχίου τους από το ΔΙΚΑΤΣΑ σε πρωτότυπο, καθώς και επίσημη μετάφραση του πτυχίου τους Γ) **Για πτυχιούχους από κράτη της ΕΕ που έχουν εγγραφεί στο Παν/μιο μετά την 1.1.1981:** αντίγραφο πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος από εκεί, πιστοποιητικό κρατικής εξέτασης που προβλέπεται από το άρθρο 3 της Οδηγίας 93/16 της ΕΟΚ επίσημα σφραγισμένο από την Αρχή του τόπου προέλευσης και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄ ή για τους υπηρετούντες βεβαίωση κατάταξης, για τους στρατιωτικούς γιατρούς φύλλο μητρώου.	☐	☐	☐
3. **Για αλλοδαπούς ομογενείς οι οποίοι δεν είναι γραμμένοι στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας:** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα ή πράσινη κάρτα.	☐	☐	
4. **Για αλλοδαπούς:** άδεια παραμονής και εργασίας, καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
5. **Για τους Κυπρίους:** απόφαση τοποθέτησής τους για ειδίκευση σε Νοσοκομείο από το Υπουργείο καθώς και βεβαίωση από το Νοσοκομείο που υπηρετούν.	☐	☐	
6. **Για τους Κυπρίους:** Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/1986, που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο, όπου θα δηλώνεται ότι δεν θα ανανεώσουν το επάγγελμα του ιατρού μετά το πέρας της ειδικότητας (εφόσον έχει γίνει δήλωση στο Υπουργείο).	☐	☐	
7. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης πρόσφατο (3μηνης ισχύος)	☐	☐	☐
8. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης	☐	☐	
9. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7,63 €	☐	☐	
10. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
11. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Οι εξ Αλβανίας ομογενείς δεν χρειάζεται να προσκομίσουν άδεια εργασίας ή άδεια παραμονής αλλά το ειδικό δελτίο ταυτότητας ομογενούς ΕΔΤΟ.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Α) **Για πτυχιούχους Ελληνικών Πανεπιστημίων:** Αντίγραφο πτυχίου Β) **Για πτυχιούχους εξωτερικού από Μη Κράτη της ΕΕ:** αντίγραφο πτυχίου, ισοτιμία του πτυχίου τους από το ΔΙΚΑΤΣΑ σε πρωτότυπο, καθώς και επίσημη μετάφραση του πτυχίου τους Γ) **Για πτυχιούχους από κράτη της ΕΕ που έχουν εγγραφεί στο Παν/μιο μετά την 1.1.1981:** αντίγραφο πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος από εκεί, πιστοποιητικό κρατικής εξέτασης που προβλέπεται από το άρθρο 3 της Οδηγίας 93/16 της ΕΟΚ επίσημα σφραγισμένο από την Αρχή του τόπου προέλευσης και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών			
2. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄ ή για τους υπηρετούντες βεβαίωση κατάταξης, για τους στρατιωτικούς γιατρούς φύλλο μητρώου.			
3. **Για αλλοδαπούς ομογενείς οι οποίοι δεν είναι γραμμένοι στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας:** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα ή πράσινη κάρτα.			
4. **Για αλλοδαπούς:** άδεια παραμονής και εργασίας, καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από Υπουργείο Εξωτερικών			
5. **Για τους Κυπρίους:** απόφαση τοποθέτησής τους για ειδίκευση σε Νοσοκομείο από το Υπουργείο καθώς και βεβαίωση από το Νοσοκομείο που υπηρετούν.			
6. **Για τους Κυπρίους:** Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/1986, που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο, όπου θα δηλώνεται ότι δεν θα ανανεώσουν το επάγγελμα του ιατρού μετά το πέρας της ειδικότητας (εφόσον έχει γίνει δήλωση στο Υπουργείο).			
7. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης πρόσφατο (3μηνης ισχύος)			
8. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης			
9. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7,63 €			
10. Δύο (2) φωτογραφίες			
11. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος Οδοντιάτρου».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Α) **Για πτυχιούχους Ελληνικών Πανεπιστημίων:** Αντίγραφο πτυχίου Β) **Για πτυχιούχους εξωτερικού από Μη Κράτη της ΕΕ:** αντίγραφο πτυχίου, ισοτιμία του πτυχίου τους από το ΔΙΚΑΤΣΑ σε πρωτότυπο, καθώς και επίσημη μετάφραση του πτυχίου τους Γ) **Για πτυχιούχους από κράτη της ΕΕ που έχουν εγγραφεί στο Παν/μιο μετά την 1.1.1981:** αντίγραφο πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος από εκεί, πιστοποιητικό κρατικής εξέτασης που προβλέπεται από το άρθρο 3 της Οδηγίας 75/363 της ΕΟΚ επίσημα σφραγισμένο από την Αρχή του τόπου προέλευσης και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄ ή για τους υπηρετούντες βεβαίωση κατάταξης, για τους στρατιωτικούς γιατρούς φύλλο μητρώου.	☐	☐	☐
3. **Για αλλοδαπούς ομογενείς οι οποίοι δεν είναι γραμμένοι στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας:** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα ή πράσινη κάρτα.	☐	☐	
4. **Για αλλοδαπούς:** άδεια παραμονής και εργασίας, καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
5. **Για τους Κυπρίους:** απόφαση τοποθέτησής τους για ειδίκευση σε Νοσοκομείο από το Υπουργείο καθώς και βεβαίωση από το Νοσοκομείο που υπηρετούν. Υπεύθυνη δήλωση, όπου θα δηλώνεται ότι δεν θα ανανεώσουν το επάγγελμα του ιατρού μετά το πέρας της ειδικότητας (εφόσον έχει γίνει δήλωση στο Υπουργείο).	☐	☐	
6. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης πρόσφατο (3μηνης ισχύος)	☐	☐	☐
7. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης	☐	☐	
8. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7,63 ευρώ	☐	☐	
9. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
10. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 ευρώ	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Οι εξ Αλβανίας ομογενείς δεν χρειάζεται να προσκομίσουν άδεια εργασίας ή άδεια παραμονής αλλά το ειδικό δελτίο ταυτότητας ομογενούς (ΕΔΤΟ).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Α) **Για πτυχιούχους Ελληνικών Πανεπιστημίων:** Αντίγραφο πτυχίου Β) **Για πτυχιούχους εξωτερικού από Μη Κράτη της ΕΕ:** αντίγραφο πτυχίου, ισοτιμία του πτυχίου τους από το ΔΙΚΑΤΣΑ σε πρωτότυπο, καθώς και επίσημη μετάφραση του πτυχίου τους Γ) **Για πτυχιούχους από κράτη της ΕΕ που έχουν εγγραφεί στο Παν/μιο μετά την 1.1.1981:** αντίγραφο πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος από εκεί, πιστοποιητικό κρατικής εξέτασης που προβλέπεται από το άρθρο 3 της Οδηγίας 75/363 της ΕΟΚ επίσημα σφραγισμένο από την Αρχή του τόπου προέλευσης και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄ ή για τους υπηρετούντες βεβαίωση κατάταξης, για τους στρατιωτικούς γιατρούς φύλλο μητρώου.	☐	☐	☐
3. **Για αλλοδαπούς ομογενείς οι οποίοι δεν είναι γραμμένοι στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας:** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα ή πράσινη κάρτα.	☐	☐	
4. **Για αλλοδαπούς:** άδεια παραμονής και εργασίας, καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
5. **Για τους Κυπρίους:** απόφαση τοποθέτησής τους για ειδίκευση σε Νοσοκομείο από το Υπουργείο καθώς και βεβαίωση από το Νοσοκομείο που υπηρετούν. Υπεύθυνη δήλωση, όπου θα δηλώνεται ότι δεν θα ανανεώσουν το επάγγελμα του ιατρού μετά το πέρας της ειδικότητας (εφόσον έχει γίνει δήλωση στο Υπουργείο).	☐	☐	
6. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης πρόσφατο (3μηνης ισχύος)	☐	☐	☐
7. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης	☐	☐	
8. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7,63 ευρώ	☐	☐	
9. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
10. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 ευρώ	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Συμμετοχή στις Εξετάσεις για την απόκτηση Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος Βοηθού Οδοντιατρείου»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΙΕΚ) του Ν. 2009/92 της ειδικότητας «Βοηθός Οδοντιατρείου» ή ισότιμο πτυχίο δευτεροβάθμιας τεχνικής – επαγγελματικής εκπαίδευσης αντίστοιχης ειδικότητας	□	□	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (Συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασκήσαντα τον υποψήφιο οδοντίατρο)*	□	□	
3. Βεβαίωση της αρμόδιας διεύθυνσης της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης για την πραγματοποίηση της άσκησης	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 βεβαιώνεται η ευδόκιμη πραγματοποίηση της άσκησης.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΙΕΚ) του Ν. 2009/92 της ειδικότητας «Βοηθός Οδοντιατρείου» ή ισότιμο πτυχίο δευτεροβάθμιας τεχνικής – επαγγελματικής εκπαίδευσης αντίστοιχης ειδικότητας	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (Συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασκήσαντα τον υποψήφιο οδοντίατρο)*	☐	☐	
3. Βεβαίωση της αρμόδιας διεύθυνσης της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης για την πραγματοποίηση της άσκησης	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος Βοηθού Οδοντιατρείου»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή	☐	☐	
2. Απόσπασμα ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
3. Πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών (Για τους αλλοδαπούς που δεν είναι υπήκοοι χώρας – μέλους της Ε.Ε.).	☐		
4. Άδεια παραμονής και εργασίας (Για τους αλλοδαπούς ομογενείς)	☐	☐	
5. Βιβλιάριο ενσήμων ΙΚΑ και ΤΕΑΜ	☐	☐	
6. Βεβαίωση βοηθού Οδοντιατρείου που εκδίδεται από τις αρμόδιες εξεταστικές επιτροπές.	☐	☐	
7. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7,63 ευρώ (Διατίθεται από την υπηρεσία).	☐	☐	
8. Άδεια παραμονής και εργασίας (Για αλλοδαπούς Ομογενείς)	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
7.63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή	☐	☐	
2. Απόσπασμα ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
3. Πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών (Για τους αλλοδαπούς που δεν είναι υπήκοοι χώρας – μέλους της Ε.Ε.).	☐	☐	
4. Άδεια παραμονής και εργασίας (Για τους αλλοδαπούς ομογενείς)	☐	☐	
5. Βιβλιάριο ενσήμων ΙΚΑ και ΤΕΑΜ	☐	☐	
6. Βεβαίωση βοηθού Οδοντιατρείου που εκδίδεται από τις αρμόδιες εξεταστικές επιτροπές.	☐	☐	
7. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7,63 ευρώ (Διατίθεται από την υπηρεσία).	☐	☐	
8. Άδεια παραμονής και εργασίας (Για αλλοδαπούς Ομογενείς)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
7.63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Συμμετοχή στις εξετάσεις για την απόκτηση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος Βοηθού Φαρμακείου»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΙΕΚ) του Ν. 2009/92 ή ισότιμο ή τεχνικού επαγγελματικού λυκείου τμήματος βοηθών φαρμακείων ή ισότιμο ή τεχνικής επαγγελματικής σχολής ειδικότητας υπαλλήλων φαρμακείου ή ισότιμο ή απολυτήριο ή πτυχίο κάθε τύπου Λυκείου προκειμένου περί οπλιτών πενταετούς υποχρέωσης	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (Συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασκήσαντα τον υποψήφιο βοηθό φαρμακείου φαρμακοποιό ή τον Προϊστάμενο Στρατιωτικού Φαρμακείου) *	☐	☐	
3. Βεβαίωση της αρμόδιας διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης περί ασκήσεως του επαγγέλματος για το απαιτούμενο χρονικό διάστημα	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 βεβαιώνεται η ευδόκιμη πραγματοποίηση της άσκησης.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΙΕΚ) του Ν. 2009/92 ή ισότιμο ή τεχνικού επαγγελματικού λυκείου τμήματος βοηθών φαρμακείων ή ισότιμο ή τεχνικής επαγγελματικής σχολής ειδικότητας υπαλλήλων φαρμακείου ή ισότιμο ή απολυτήριο ή πτυχίο κάθε τύπου Λυκείου προκειμένου περί οπλιτών πενταετούς υποχρέωσης	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (Συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασκήσαντα τον υποψήφιο βοηθό φαρμακείου φαρμακοποιό ή τον Προϊστάμενο Στρατιωτικού Φαρμακείου)	☐	☐	
3. Βεβαίωση της αρμόδιας διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης περί ασκήσεως του επαγγέλματος για το απαιτούμενο χρονικό διάστημα	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος Βοηθού Φαρμακείου»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(*):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό εισαγγελικής αρχής περί μη δίωξης	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης περί μη καταδίκης, κατά τα άρθρα 59 – 65 του ποινικού κώδικα	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση επιτυχίας από την αρμόδια επιτροπή .	☐	☐	
4. Βεβαίωση του ΙΚΑ για την ασφάλιση του μαθητευόμενου κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης*	☐	☐	
5. Άδεια παραμονής και εργασίας (για τους αλλοδαπούς Ομογενείς).	☐	☐	
6. Πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών (για τους αλλοδαπούς που δεν είναι υπήκοοι χώρας – μέλους της Ε.Ε.).	☐	☐	
7. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7,63 € (Διατίθεται από την υπηρεσία).	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* ΚΥΑ ΔΙΑΔΠ/Α1/3143 περ. ΙΙ.9 (ΦΕΚ 193/Β'/20-2-2002)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό εισαγγελικής αρχής περί μη δίωξης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης περί μη καταδίκης, κατά τα άρθρα 59 – 65 του ποινικού κώδικα	□	□	□
3. Βεβαίωση επιτυχίας από την αρμόδια επιτροπή .	□	□	
4. Βεβαίωση του ΙΚΑ για την ασφάλιση του μαθητευόμενου κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης	□	□	
5. Άδεια παραμονής και εργασίας (για τους αλλοδαπούς Ομογενείς).	□	□	
6. Πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών (για τους αλλοδαπούς που δεν είναι υπήκοοι χώρας – μέλους της Ε.Ε.).	□	□	
7. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7,63 € (Διατίθεται από την υπηρεσία).	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας άσκησης επαγγέλματος Φαρμακοποιού – Πτυχιούχοι Ελληνικών Πανεπιστημίων»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο Πτυχίου	□	□	□
2. Ένορκοι βεβαιώσεις, επικυρωμένες από την οικεία Δ/νση ή τμήμα Υγιεινής της έδρας του Φαρμακείου στις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της ασκήσεως και η επί εξάωρο καθημερινή άσκηση	□	□	
3. Γραμμάτιο 11, 74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων	□	□	
4. Τετράδιο τριμηνιαίων ασκήσεων θεωρημένο προ της έναρξης της άσκησης (1 χρόνος πρακτικής άσκησης)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
11,74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο Πτυχίου	□	□	□
2. Ένορκοι βεβαιώσεις, επικυρωμένες από την οικεία Δ/νση ή τμήμα Υγιεινής της έδρας του Φαρμακείου στις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της ασκήσεως και η επί εξάωρο καθημερινή άσκηση	□	□	
3. Γραμμάτιο 11, 74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων	□	□	
4. Τετράδιο τριμηνιαίων ασκήσεων θεωρημένο προ της έναρξης της άσκησης (1 χρόνος πρακτικής άσκησης)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
11,74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας άσκησης επαγγέλματος Φαρμακοποιού – Πτυχιούχοι Πανεπιστημίων Εξωτερικού»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βεβαίωση αναγνώρισης του πτυχίου από το Διαπανεπιστημιακό Κέντρο Αναγνώρισης τίτλων Σπουδών Αλλοδαπής (ΔΙΚΑΤΣΑ).	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό διετούς άσκησης σε Φαρμακείο της ημεδαπής ή αλλοδαπής, στο οποίο θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος άσκησης, θα φέρει υπογραφή του ασκήσαντος φαρμακοποιού θεωρημένη από τον Πρόεδρο του οικείου Φαρμακευτικού συλλόγου, της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και του Έλληνα Πρόξενου σε επίσημη μετάφραση	☐	☐	
3. Γραμμάτιο 11, 8 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων	☐	☐	
4. Φωτοαντίγραφο Διαβατηρίου	☐	☐	
5. Άδεια εργασίας και παραμονής στη χώρα μας *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* **Για τους Ομογενείς φαρμακοποιούς, οι οποίοι δεν έχουν εγγραφεί στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας. Συγκεκριμένα σε Ομογενείς εκ Κύπρου - Τουρκίας και Αλβανίας χορηγείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το ν. 1975/91 άρθρο 17 και ν. 4310/1999 άρθρο 36 παρ. 2, το οποίο υπέχει θέση άδειας παραμονής στη χώρα.**
Ειδικά για τους Ομογενείς από Αλβανία χρειάζεται Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (Ε.Δ.Τ.Ο.) που είναι διετούς διάρκειας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
11,8 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαίωση αναγνώρισης του πτυχίου από το Διαπανεπιστημιακό Κέντρο Αναγνώρισης τίτων Σπουδών Αλλοδαπής (ΔΙΚΑΤΣΑ).	□	□	□
2. Πιστοποιητικό διετούς άσκησης σε Φαρμακείο της ημεδαπής ή αλλοδαπής, στο οποίο θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος άσκησης, θα φέρει υπογραφή του ασκήσαντος φαρμακοποιού θεωρημένη από τον Πρόεδρο του οικείου Φαρμακευτικού συλλόγου, της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και του Έλληνα Πρόξενου σε επίσημη μετάφραση	□	□	
3. Γραμμάτιο 11, 8 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων	□	□	
4. Φωτοαντίγραφο Διαβατηρίου	□	□	
5. Άδεια εργασίας και παραμονής στη χώρα μας	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
11,8 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας άσκησης επαγγέλματος Οδοντοτεχνίτη σύμφωνα με την Οδηγία 92/51 της ΕΟΚ, κατόπιν αναγνώρισης από το Συμβούλιο Επαγγελματικής Αναγνώρισης Τίτλων Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΣΕΑΤΕΚ), αρμοδιότητας Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠ.Ε.Π.Θ.)»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στο ΚΕΠ)	□	□	
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το Πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας επαγγέλματος	□	□	
3. Πτυχίο ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής	□	□	
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	□	□	
5. Απολυτήριο Λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισοτίμου σχολής της αλλοδαπής	□	□	□
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών	□	□	□
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν τους έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό	□	□	
8. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή αντίστοιχο έγγραφο ήθους και εντιμότητας της χώρας προέλευσης	□	□	
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται	□	□	
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986, που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρεται αν έχει ασκήσει το επάγγελμα, που για πόσο χρόνο	□	□	
11. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 € και παράβολο χαρτοσήμου 29, 35 €	□	□	
12. APOSTILE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στο ΚΕΠ)	□	□	
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το Πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας επαγγέλματος	□	□	
3. Πτυχίο ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής	□	□	
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	□	□	
5. Απολυτήριο Λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισοτίμου σχολής της αλλοδαπής	□	□	□
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών	□	□	□
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν τους έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό	□	□	
8. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή αντίστοιχο έγγραφο ήθους και εντιμότητας της χώρας προέλευσης	□	□	
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται	□	□	
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986, που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρεται αν έχει ασκήσει το επάγγελμα, που για πόσο χρόνο	□	□	
11. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 € και παράβολο χαρτοσήμου 29, 35 €	□	□	
12. APOSTILE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως   ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Ορισμός εξετάσεων ενώπιον Επιτροπής για τη χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Ημερομηνία εξετάσεων:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] **(για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών	□	□	□
Επιπλέον για τους εμπειροτεχνίτες:			
4. Βεβαίωση με ημερομηνία έναρξης εργασίας	□	□	
5. Αντικείμενο εργασίας	□	□	
6. Διεύθυνση εργαστηρίου και Υποκαταστημάτων	□	□	
7. Σε περίπτωση εταιρίας ή ατομικής επιχείρησης απαιτείται πιστοποιητικό Βιοτεχνικού και Εμπορικού επιμελητηρίου ή πιστοποιητικό έναρξης επιτηδεύματος από Δ.Ο.Υ. με ημερομηνία εγγραφής και αντικείμενο	□	□	□
8. Υπεύθυνη δήλωση, από τον ενδιαφερόμενο, του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρονται όλα τα είδη που κατασκευάζει	□	□	
9. Υπεύθυνη δήλωση, από τον ενδιαφερόμενο, του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρονται οι συνεργασίες με Ταμεία, Νοσοκομεία, Κλινικές, Εργαστήρια, Κέντρα Αποκατάστασης κλπ	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή της:

□ 1. Να της αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο της από την υπηρεσία της.

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός της

□ 5. Να της αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών	□	□	□
Επιπλέον για τους εμπειροτεχνίτες:			
4. Βεβαίωση με ημερομηνία έναρξης εργασίας	□	□	
5. Αντικείμενο εργασίας	□	□	
6. Διεύθυνση εργαστηρίου και Υποκαταστημάτων	□	□	
7. Σε περίπτωση εταιρίας ή ατομικής επιχείρησης απαιτείται πιστοποιητικό Βιοτεχνικού και Εμπορικού επιμελητηρίου ή πιστοποιητικό έναρξης επιτηδεύματος από Δ.Ο.Υ. με ημερομηνία εγγραφής και αντικείμενο	□	□	□
8. Υπεύθυνη δήλωση, από τον ενδιαφερόμενο, του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρονται όλα τα είδη που κατασκευάζει	□	□	
9. Υπεύθυνη δήλωση, από τον ενδιαφερόμενο, του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο και στην οποία αναφέρονται οι συνεργασίες με Ταμεία, Νοσοκομεία, Κλινικές, Εργαστήρια, Κέντρα Αποκατάστασης κλπ	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Αρμόδιος Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών κατόπιν εγκρίσεως της Επιτροπής του άρθρου 2 Ν. 2072/92»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Ημερομηνία εξετάσεων:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) **(για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α] ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ			
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών	□	□	□
Β] ΕΜΠΕΙΡΟΤΕΧΝΙΤΕΣ			
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Βεβαίωση με ημερομηνία έναρξης εργασίας	□	□	
4. Αντικείμενο της εργασίας	□	□	
5. Διεύθυνση εργαστηρίου και υποκαταστημάτων	□	□	
Β] ΕΤΑΙΡΕΙΑ ή ΑΤΟΜΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ (επιπλέον των ανωτέρω Β)			
1. Πιστοποιητικό Βιοτεχνικού ή Εμπορικού Επιμελητηρίου	□		□
2. Πιστοποιητικό έναρξης επιτηδεύματος από Δ.Ο.Υ. (σε περίπτωση που δεν υπάρχει το αριθμ. 1).*	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* **Στο πιστοποιητικό έναρξης επιτηδεύματος θα πρέπει να αναφέρονται :**
  1. **Ημερομηνία Εγγραφής**
  2. **Αντικείμενο εργασιών**
  3. **Υπεύθυνη δήλωση από τον ενδιαφερόμενο ότι κατασκευάζει όλα τα είδη προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης**
  4. **Υπεύθυνη δήλωση για συνεργασία με ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, ιδρύματα, κ.λ.π. κέντρα αποκατάστασης, κρατικά εργοστάσια ή εργαστήρια.**

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή της:
☐ 1. Να της αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο της από την υπηρεσία της.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός της
☐ 5. Να της αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α] ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ			
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών	□	□	□
Β] ΕΜΠΕΙΡΟΤΕΧΝΙΤΕΣ			
1. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης	□	□	□
3. Βεβαίωση με ημερομηνία έναρξης εργασίας	□	□	
4. Αντικείμενο της εργασίας	□	□	
5. Διεύθυνση εργαστηρίου και υποκαταστημάτων	□	□	
Β] ΕΤΑΙΡΕΙΑ ή ΑΤΟΜΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ (επιπλέον των ανωτέρω Β)			
1. Πιστοποιητικό Βιοτεχνικού ή Εμπορικού Επιμελητηρίου	□	□	□
2. Πιστοποιητικό έναρξης επιτηδεύματος από Δ.Ο.Υ. (σε περίπτωση που δεν υπάρχει το αριθμ. 1).	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Αρμόδιος Υπάλληλος
(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος Οπτικού, σύμφωνα με την οδηγία 89/48 της Ε.Ε. μετά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*		
		**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Απόφαση Αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων (από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικής Ισοτιμίας τίτλων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης – Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων).	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
3. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
4. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 €	☐	☐	
5. Παράβολο χαρτοσήμου 29, 35 €	☐	☐	
6. Άδεια παραμονής και εργασίας ή πράσινη κάρτα (για τους αλλοδαπούς, για τους οποίους απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης).	☐	☐	
7. Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών (ΕΔΤΟ) για τους Ομογενείς από ΑΛΒΑΝΙΑ.	☐	☐	
8. Δελτίο Ταυτότητας του ν. 1975/1991 (άρθρο 17) και ν. 4310/1999 (άρθρο 32 παρ. 2) για τους Ομογενείς από ΚΥΠΡΟ και ΤΟΥΡΚΙΑ.	☐	☐	
9. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (Η επικύρωση σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στο ΚΕΠ).	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Απόφαση Αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων (από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικής Ισοτιμίας τίτλων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης – Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων).	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
3. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
4. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 €	☐	☐	
5. Παράβολο χαρτοσήμου 29, 35 €	☐	☐	
6. Άδεια παραμονής και εργασίας ή πράσινη κάρτα (για τους αλλοδαπούς, για τους οποίους απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης).	☐	☐	
7. Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών (ΕΔΤΟ) για τους Ομογενείς από ΑΛΒΑΝΙΑ	☐	☐	
8. Δελτίο Ταυτότητας του ν. 1975/1991 (άρθρο 17) και ν. 4310/1999 (άρθρο 32 παρ. 2) για τους Ομογενείς από ΚΥΠΡΟ και ΤΟΥΡΚΙΑ.	☐	☐	
9. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (Η επικύρωση σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στο ΚΕΠ).	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος Μαίας ή Μαιευτή –Για Αλλοδαπούς»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		** Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
2. Ισοτιμία Διπλώματος με ΤΕΙ.	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό συμπληρωματικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα	☐	☐	
4. Άδεια Παραμονής και Εργασίας στην Ελλάδα ή Πράσινη Κάρτα	☐	☐	
5. Αντίγραφο πτυχίου μεταφρασμένο	☐	☐	
6. Πιστοποιητικό Αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
7. Βεβαίωση του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών περί εγγραφής.	☐	☐	
8. Παράβολο 7,63 €	☐	☐	
9. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
1. Οι ομογενείς εξ Αλβανίας χρειάζονται μόνο δελτίο ταυτότητας ομογενών.
*** Στην υπεύθυνη δήλωση βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της Ελληνικής γλώσσας.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
2. Ισοτιμία Διπλώματος με ΤΕΙ.	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό συμπληρωματικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα	☐	☐	
4. Άδεια Παραμονής και Εργασίας στην Ελλάδα ή Πράσινη Κάρτα	☐	☐	
5. Αντίγραφο πτυχίου μεταφρασμένο	☐	☐	
6. Πιστοποιητικό Αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών	☐	☐	
7. Βεβαίωση του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών περί εγγραφής.	☐	☐	
8. Παράβολο 7,63 €	☐	☐	
9. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτών – τριών αλλοδαπών πολιτών κρατών εκτός Ε.Ε.»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[*]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
2. Παράβολο 7,63 €.	☐	☐	
3. Δύο (2)φωτογραφίες.	☐	☐	
4. Πτυχίο επίσημα μεταφρασμένο και πράξη ισοτιμίας του Ι.Τ.Ε. για την αντιστοιχία του με αντίστοιχη Ελληνική σχολή	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.......................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
2. Παράβολο 7,63 €.	☐	☐	
3. Δύο (2)φωτογραφίες.	☐	☐	
4. Πτυχίο επίσημα μεταφρασμένο και πράξη ισοτιμίας του Ι.Τ.Ε. για την αντιστοιχία του με αντίστοιχη Ελληνική σχολή	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείων, ακτινοφυσικού ιατρικής & φυσικού νοσοκομείων πλην περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πτυχίο φυσικής πανεπιστημίου Ελλάδας ή ισοδύναμης Σχολής Ξένης χώρας	□	□	□
2. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ιατρική ακτινοφυσική που αποδεικνύεται με δίπλωμα που λαμβάνεται μετά από ένα τουλάχιστον ακαδημαϊκό έτος σπουδών	□	□	
3. Δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση*	□	□	
4. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ)	□	□	
6. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €	□	□	
7. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7,63 €	□	□	
8. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Οι δώδεκα μήνες πρακτική άσκηση αναλύονται ως εξής: 4 μήνες στη Φυσική της Ακτινοθεραπείας, 4 μήνες στη Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής, 4 μήνες στη φυσική της ακτινοδιαγνωστικής και λοιπών συστημάτων απεικονίσεως**
***Τα πιο πάνω δικαιολογητικά υπ' αριθμ. 4 έως και 8 απαιτούνται μόνο σε περίπτωση επιτυχούς εξέτασης**
**** Για την άδεια Φυσικού Νοσοκομείων εκτός της περιοχής των ιοντιζουσών ακτινοβολιών δεν απαιτείται το δικαιολογητικό α/α 3 και εξέτασεις**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Πτυχίο φυσικής πανεπιστημίου Ελλάδας ή ισοδύναμης Σχολής Ξένης χώρας	☐	☐	☐
2. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ιατρική ακτινοφυσική που αποδεικνύεται με δίπλωμα που λαμβάνεται μετά από ένα τουλάχιστον ακαδημαϊκό έτος σπουδών	☐	☐	
3. Δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση*	☐	☐	
4. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ)	☐	☐	
6. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €	☐	☐	
7. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7,63 €	☐	☐	
8. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος εργοθεραπευτή κατόπιν επιτυχών εξετάσεων σύμφωνα με την οδηγία 92/51 της Ε.Ε.»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου	□	□	
2. Άδεια άσκησης επαγγελματικής από τη χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το Πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας άσκησης επαγγέλματος	□	□	
3. Πτυχίο ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής	□	□	
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	□	□	
5. Απολυτήριο λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισοτίμου σχολής της αλλοδαπής	□	□	
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών	□	□	
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν τους έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό	□	□	
8. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται	□	□	
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο, αν έχει ασκήσει επάγγελμα, που και για πόσο χρόνο	□	□	
11. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 € και παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29, 34 €	□	□	
12. Σφραγίδα APOSTILLE για όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,97 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου	☐	☐	
2. Άδεια άσκησης επαγγελματικής από τη χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το Πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας άσκησης επαγγέλματος	☐	☐	
3. Πτυχίο ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής	☐	☐	
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	☐	☐	
5. Απολυτήριο λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισοτίμου σχολής της αλλοδαπής	☐	☐	
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών	☐	☐	
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν τους έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό	☐	☐	
8. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης	☐	☐	☐
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται	☐	☐	
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο, αν έχει ασκήσει επάγγελμα, που και για πόσο χρόνο	☐	☐	
11. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7, 63 € και παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29, 34 €	☐	☐	
12. Σφραγίδα APOSTILLE για όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα	☐	☐	☐

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,97 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Ίδρυσης Ιδιωτικής Κλινικής»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

**** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.***

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλέφωνο:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υποβολή της άδειας οικοδομής του κτιρίου.	☐	☐	
2. Περιγραφή των δεδομένων οργάνωσης και λειτουργίας της κλινικής.	☐	☐	
3. Αντίγραφο καταστατικού (εάν πρόκειται περί εταιρείας) .	☐	☐	
4. Αντίγραφο τίτλου κτίσεως του οικοπέδου ή του κτιρίου	☐	☐	
5. Αντίγραφο, νομίμως επικυρωμένο, μισθωτηρίου συμβολαίου.	☐	☐	
6. Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) περί του υπολογιζόμενου χρόνου έναρξης των δραστηριοτήτων της κλινικής.	☐	☐	
7. Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού προσωπικού που θα απασχοληθεί στην κλινική κατά κατηγορία και ειδικότητα.	☐	☐	
8. Περιγραφή των δυνατοτήτων της κλινικής για παροχή περίθαλψης και ο προβλεπόμενος εξοπλισμός της.	☐	☐	
9. Υποβολή περιληπτικού προϋπολογισμού κόστους ανέγερσης κτιρίου και εγκαταστάσεων της κλινικής και τρόπος χρηματοδότησης.	☐	☐	
10. Γραμμάτιο είσπραξης δημοσίου ταμείου 19,08 € για κάθε κλίνη (διατίθεται και από την υπηρεσία). Ν4γ/12548(ΦΕΚ/4Β'/7-1-94) αναπροσαρμογή παραβόλων ΠΔ 451/62 και ΠΔ 247/91	☐	☐	
11. Πίνακα με το προβλεπόμενο προσωπικό άλλων κατηγοριών (νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό).	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
1. Στην περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δε διαθέτει τα παραπάνω στοιχεία (3,4,5) κατά την υποβολή της αίτησης για άδεια ίδρυσης, είναι δυνατό να τα προσκομίσει και με την υποβολή της αίτησης για χορήγηση άδειας λειτουργίας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ :
19,8 € (για κάθε κλίνη).

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

....................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υποβολή της άδειας οικοδομής του κτιρίου.	☐	☐	
2. Περιγραφή των δεδομένων οργάνωσης και λειτουργίας της κλινικής.	☐	☐	
3. Αντίγραφο καταστατικού (εάν πρόκειται περί εταιρείας) .	☐	☐	
4. Αντίγραφο τίτλου κτίσεως του οικοπέδου ή του κτιρίου	☐	☐	
5. Αντίγραφο, νομίμως επικυρωμένο, μισθωτηρίου συμβολαίου.	☐	☐	
6. Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) περί του υπολογιζόμενου χρόνου έναρξης των δραστηριοτήτων της κλινικής.	☐	☐	
7. Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού προσωπικού που θα απασχοληθεί στην κλινική κατά κατηγορία και ειδικότητα.	☐	☐	
8. Περιγραφή των δυνατοτήτων της κλινικής για παροχή περίθαλψης και ο προβλεπόμενος εξοπλισμός της.	☐	☐	
9. Υποβολή περιληπτικού προϋπολογισμού κόστους ανέγερσης κτιρίου και εγκαταστάσεων της κλινικής και τρόπος χρηματοδότησης.	☐	☐	
10. Γραμμάτιο είσπραξης δημοσίου ταμείου 19,08 € για κάθε κλίνη (διατίθεται και από την υπηρεσία). Ν4γ/12548(ΦΕΚ 4Β'/7-1-94) αναπροσαρμογή παραβόλων ΠΔ 451/62 και ΠΔ 247/91	☐	☐	
11. Πίνακα με το προβλεπόμενο προσωπικό άλλων κατηγοριών (νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό).	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
19,8 € (για κάθε κλίνη).

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλέφωνο:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης για τους δικαιούχους.	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *.	☐	☐	
3. Αντίγραφα του ποινικού μητρώου γενικής χρήσης του Επιστημονικού Δ/ντή της κλινικής και των υπευθύνων των διαφόρων τμημάτων	☐	☐	☐
4. Κατάλογος των γιατρών που θα απασχοληθούν στην κλινική	☐	☐	
5. Πιστοποιητικά των γιατρών που θα απασχοληθούν στην κλινική, από τα οποία θα προκύπτει ότι είναι εγγεγραμμένοι στον Ιατρικό Σύλλογο της περιφέρειας της κλινικής, ο χρόνος λήψεως πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος και άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.	☐	☐	
6. Κατάλογος του πάσης φύσεως λοιπού προσωπικού κατά κατηγορία.	☐	☐	
7. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της κλινικής.	☐	☐	
8. Κατάλογος από τον οποίο θα προκύπτει ο εξοπλισμός της κλινικής.	☐	☐	
9. Πιστοποιητικό της οικείας Πυροσβεστικής Υπηρεσίας για την ύπαρξη των επιβαλλομένων μέτρων πυρασφάλειας.	☐	☐	☐
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 υπογεγραμμένη από τον ιδιοκτήτη ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του Νομικού Προσώπου που έχει την άδεια ίδρυσης της ιδιωτικής κλινικής και των υπευθύνων μηχανικών. * *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην υπεύθυνη δήλωση ορίζεται ο Επιστημονικός Διευθυντής της κλινικής και οι υπεύθυνοι των διαφόρων τμημάτων**
**** Στην υπεύθυνη δήλωση βεβαιώνεται ότι έχουν τηρηθεί οι διατάξεις της νομοθεσίας, σχετικά με τις ισχύουσες αρχιτεκτονικές, στατικές, ηλεκτρομηχανολογικές προδιαγραφές των ιδιωτικών κλινικών, τις πολεοδομικές διατάξεις, καθώς και οι νομικές προϋποθέσεις των κλινικών.**
***** Στην αίτηση θα πρέπει να αναφέρεται η επωνυμία της κλινικής.**

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

......................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου για τους δικαιούχους.	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) .	☐	☐	
3. Αντίγραφα του ποινικού μητρώου του Επιστημονικού Δ/ντή της κλινικής και των υπευθύνων των διαφόρων τμημάτων	☐	☐	☐
4. Κατάλογος των γιατρών που θα απασχοληθούν στην κλινική	☐	☐	
5. Πιστοποιητικά των γιατρών που θα απασχοληθούν στην κλινική, από τα οποία θα προκύπτει ότι είναι εγγεγραμμένοι στον Ιατρικό Σύλλογο της περιφέρειας της κλινικής, ο χρόνος λήψεως πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος και άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.	☐	☐	
6. Κατάλογος του πάσης φύσεως λοιπού προσωπικού κατά κατηγορία.	☐	☐	
7. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της κλινικής.	☐	☐	
8. Κατάλογος από τον οποίο θα προκύπτει ο εξοπλισμός της κλινικής.	☐	☐	
9. Πιστοποιητικό της οικείας Πυροσβεστικής Υπηρεσίας για την ύπαρξη των επιβαλλομένων μέτρων πυρασφάλειας.	☐	☐	☐
10. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 υπογεγραμμένη από τον ιδιοκτήτη ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του Νομικού Προσώπου που έχει την άδεια ίδρυσης της ιδιωτικής κλινικής και των υπευθύνων μηχανικών.	☐	☐	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση Άδειας λειτουργίας Φαρμακείου»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ιδρύσεως (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	□	□	□
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα Φαρμακοποιό του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το Φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	□	□	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	□	□	□
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακείου και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	□	□	□
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν). ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ από υπεύθυνη δήλωση από το μηχανικό που το συνέταξε, για την ακρίβειά του	□	□	
6. Απόσπασμα ρυμοτομικού σχεδίου της περιοχής σε κλίμακα 1/200 στο οποίο θα σημειώνονται φαρμακεία που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από το υπό λειτουργία φαρμακείο (εις διπλούν). Σε περίπτωση που δεν συνταχθεί από την πολεοδομία, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ από από υπεύθυνη δήλωση από το μηχανικό που το συνέταξε, για την ακρίβειά του	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια ιδρύσεως Φαρμακείου (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	☐	☐	☐
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα Φαρμακοποιό του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το Φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	☐	☐	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακείου και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	☐	☐	☐
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν). ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ από υπεύθυνη δήλωση από το μηχανικό που το συνέταξε, για την ακρίβειά του	☐	☐	
6. Απόσπασμα ρυμοτομικού σχεδίου της περιοχής σε κλίμακα 1/200 στο οποίο θα σημειώνονται φαρμακεία που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από το υπό λειτουργία φαρμακείο (εις διπλούν). Σε περίπτωση που δεν συνταχθεί από την πολεοδομία, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ από από υπεύθυνη δήλωση από το μηχανικό που το συνέταξε, για την ακρίβειά του	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση Άδειας λειτουργίας Μεταφερόμενου Φαρμακείου»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ιδρύσεως (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	□	□	□
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα Φαρμακοποιό του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το Φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	□	□	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	□	□	□
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακείου και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	□	□	□
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν). Πρέπει να συνοδεύεται από Υπεύθυνη Δήλωση για την ακρίβειά του, από το Μηχανικό που το συνέταξε	□	□	
6. Απόσπασμα ρυμοτομικού σχεδίου της περιοχής σε κλίμακα 1/200 στο οποίο θα σημειώνονται φαρμακεία που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από το υπό λειτουργία φαρμακείο (εις διπλούν). Σε περίπτωσει που δεν συντάχτηκε από τη Πολεοδομία, πρέπει να συνοδεύετα από Υπεύθυνη Δήλωση για την ακρίβειά του από το Μηχανικό που το συνέταξε	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)
(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια ιδρύσεως Φαρμακείου (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	□	□	□
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα Φαρμακοποιό του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το Φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	□	□	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	□	□	□
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακείου και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	□	□	□
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν). Πρέπει να συνοδεύεται από Υπεύθυνη Δήλωση για την ακρίβειά του, από το Μηχανικό που το συνέταξε	□	□	
6. Απόσπασμα ρυμοτομικού σχεδίου της περιοχής σε κλίμακα 1/200 στο οποίο θα σημειώνονται φαρμακεία που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από το υπό λειτουργία φαρμακείο (εις διπλούν). Σε περίπτωσει που δεν συντάχτηκε από τη Πολεοδομία, πρέπει να συνοδεύετα από Υπεύθυνη Δήλωση για την ακρίβειά του από το Μηχανικό που το συνέταξε	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Άδειας Ίδρυσης Φαρμακαποθήκης».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλέφωνο:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο του καταστατικού, επικυρωμένο, από το οποίο θα προκύπτει ότι αποκλειστικός σκοπός είναι η ίδρυση και λειτουργία φαρμακαποθήκης.	☐	☐	
2. Το ΦΕΚ (Τεύχος Ανωνύμων Εταιρειών και Εταιρειών Περιορισμένης Ευθύνης) στο οποίο έχει δημοσιευθεί η ανακοίνωση καταχώρησης στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών ή Ε.Π.Ε. η σύσταση της εταιρείας.	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό Εισαγγελίας περί μη διώξεως (άρθρο 1, Ν1963/91)	☐	☐	☐
4. Διορισμός υπευθύνου Φαρμακοποιού Ν. 2166/93	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο του καταστατικού, επικυρωμένο, από το οποίο θα προκύπτει ότι αποκλειστικός σκοπός είναι η ίδρυση και λειτουργία φαρμακαποθήκης.	☐	☐	
2. Το ΦΕΚ (Τεύχος Ανωνύμων Εταιρειών και Εταιρειών Περιορισμένης Ευθύνης) στο οποίο έχει δημοσιευθεί η ανακοίνωση καταχώρησης στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών ή Ε.Π.Ε. η σύσταση της εταιρείας.	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό Εισαγγελίας περί μη διώξεως (άρθρο 1, Ν1963/91)	☐	☐	
4. Διορισμός υπευθύνου Φαρμακοποιού Ν. 2166/93	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση Άδειας λειτουργίας Φαρμακαποθήκης»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Άδεια ιδρύσεως Φαρμακαποθήκης (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	□	□	□
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει η Φαρμακαποθήκη ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	□	□	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	□	□	□
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακαποθήκης και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	□	□	□
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν) *	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Το δικαιολογητικό 5 πρέπει να συνοδεύεται από Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 για την ακρίβειά τους, από το Μηχανικό που το συνέταξε

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ιδρύσεως Φαρμακαποθήκης (απόφαση που έχει κοινοποιηθεί)	□	□	□
2. Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει η Φαρμακαποθήκη ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο (θεωρημένο από την εφορία)	□	□	
3. Βεβαίωση από την Πυροσβεστική ότι πληροί τους όρους πυρασφάλειας	□	□	□
4. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ότι δεν είναι αυθαίρετο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για χώρο φαρμακαποθήκης και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές	□	□	□
5. Σχέδιο κατόψεως του καταστήματος στο οποίο να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του (εις διπλούν) *	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Το δικαιολογητικό 5 πρέπει να συνοδεύεται από Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 για την ακρίβειά τους, από το Μηχανικό που το συνέταξε

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Χορήγηση Άδειας Πώλησης Τυποποιημένων παγωτών , αναψυκτικών και ποτών από Αναπηρικά Περίπτερα»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Υγειονομική Υπηρεσία της Οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία Άδειας Περιπτέρου (της Νομαρχίας)	☐	☐	
2. Αν πρόκειται για μισθωμένο περίπτερο, φωτοτυπία της Νομαρχιακής απόφασης για το δικαίωμα μισθώσεώς του.	☐	☐	
3. Βεβαίωση της Οικείας Δημοτικής Αρχής, ότι η τοποθέτηση των χρησιμοποιούμενων ψυγείων (2) (στις αντίστοιχες πλευρές του) είναι σύμφωνη με τις εκάστοτε διατάξεις του Νόμου.	☐	☐	
4. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιάριου υγείας (θεωρημένο)	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία Άδειας Περιπτέρου (της Νομαρχίας)	□	□	
2. Αν πρόκειται για μισθωμένο περίπτερο, φωτοτυπία της Νομαρχιακής απόφασης για το δικαίωμα μισθώσεώς του.	□	□	
3. Βεβαίωση της Οικείας Δημοτικής Αρχής, ότι η τοποθέτηση των χρησιμοποιούμενων ψυγείων (2) (στις αντίστοιχες πλευρές του) είναι σύμφωνη με τις εκάστοτε διατάξεις του Νόμου.	□	□	
4. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιάριου υγείας (θεωρημένο)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Τίτλων Ιατρικών ειδικοτήτων Ελλήνων και Πολιτών της Ε.Ε. που έλαβαν τίτλο από χώρες της Ε.Ε.»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Τίτλος ειδικότητας που περιλαμβάνεται στα άρθρα 5 και 7 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ.	□	□	
2. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή του κράτους από το οποίο προέρχεται, ότι ο τίτλος αυτός ανταποκρίνεται στα άρθρα 5 και 7 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ. και ότι για την απόκτησή του ο γιατρός ασκήθηκε τουλάχιστον τόσα χρόνια, όσα αναφέρονται στο άρθρο 26 ή 27 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ.	□	□	
3. Διπλότυπα είσπραξης 3.81 € από Δημόσιο Ταμείο	□	□	

Παρατηρήσεις:

1. Ο τίτλος του γιατρού, όχι μόνο πρέπει να περιλαμβάνεται στην οδηγία 93/16/Ε.Ο.Κ. (άρθρα 5 και 7) αλλά να χορηγείται αντίστοιχος τίτλος και στην Ελλάδα.
2. Αν ο τίτλος του γιατρού έχει αποκτηθεί πριν το 1978 και τα χρόνια που ασκήθηκε ο γιατρός για τη λήψη της ειδικότητας είναι λιγότερα από αυτά που αναφέρονται στην οδηγία 93/16/Ε.Ο.Κ, ο γιατρός πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση στην οποία θα φαίνεται ότι εργάστηκε σαν ειδικός γιατρός το διπλάσιο της διαφοράς (δηλ. εάν έχει αποκτήσει την ειδικότητα της Παιδιατρικής σε 3 χρόνια και οι οδηγίες λένε ότι χρειάζονται 4 χρόνια, η διαφορά είναι ένας χρόνος και επομένως το διπλάσιο της διαφοράς είναι 2 χρόνια). Σε περίπτωση που ο χρόνος άσκησης που απαιτείται στην Ελλάδα, πριν από το 1978, ήταν μικρότερος, η διαφορά αυτή θα υπολογιστεί σε συνάρτηση με το χρόνο αυτό.
3. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση τίτλου ειδικότητας είναι ο γιατρός να έχει πάρει άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα, την οποία θα προσκομίσει στην οικεία Νομαρχία, στην περιφέρεια της οποίας θα εγκατασταθεί και θα ασκήσει το επάγγελμά του, μαζί με βεβαίωση εγγραφής στα Μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου και διπλότυπα είσπραξης 3.81 € από Δημόσιο Ταμείο, για τη χορήγηση του αντίστοιχου Ελληνικού τίτλου ιατρικής ειδικότητας.

Τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι πρωτότυπα, θεωρημένα για το γνήσιο της υπογραφής τους από το οικείο Ελληνικό Προξενείο και επίσημα μεταφρασμένα στην Ελληνική γλώσσα.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 3.81 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τίτλος ειδικότητας που περιλαμβάνεται στα άρθρα 5 και 7 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ.	☐	☐	
2. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή του κράτους από το οποίο προέρχεται, ότι ο τίτλος αυτός ανταποκρίνεται στα άρθρα 5 και 7 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ. και ότι για την απόκτησή του ο γιατρός ασκήθηκε τουλάχιστον τόσα χρόνια, όσα αναφέρονται στο άρθρο 26 ή 27 της οδηγίας 93/16/ Ε.Ο.Κ.	☐	☐	
3. Διπλότυπα είσπραξης 3.81 € από Δημόσιο Ταμείο	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 3. 81 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αίτηση συμμετοχής σε εξετάσεις Ιατρικής Ειδικότητας»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αίτηση στον Ιατρικό Σύλλογο προς την Δ/νση Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής	□	□	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής Σχολής ή φωτοτυπία επικυρωμένη	□	□	□
3. Βεβαίωση εγγραφής στα μητρώα Ιατρικού Συλλόγου	□	□	□
4. Πιστοποιητικό άσκησης σε αναγνωρισμένες για ειδίκευση ιατρών κλινικές και εργαστήρια υπογεγραμμένο από το Δ/ντή της κλινικής, το Δ/ντή της ιατρικής υπηρεσίας θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής και του χρόνου άσκησης από τους διοικητικούς Δ/ντές Νοσοκομείων*	□	□	
5. Συγκεντρωτικό Πίνακα εγχειρήσεων για όλες τις Χειρουργικές ειδικότητες **	□	□	
6. Πιστοποιητικό εγγραφής στα Μητρώα Αρρένων του Δήμου ή Δημοτολογίου	□	□	□
7. Παράβολο είσπραξης από Δ.Ο.Υ. 3, 81 ευρώ	□	□	
8. Σε περίπτωση προηγούμενης αποτυχίας απαιτείται: **α) Νέα αίτηση** **β) Υπεύθυνη δήλωση εάν ο γιατρός λαμβάνει μέρος στις εξετάσεις για .... Φορά.**	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

*** Τα πιστοποιητικά θα πληρούν την υπ' αριθμ. Α4/ οικ. 1677/ εγκ. 31/ 15.3.84 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, δηλαδή θα φέρουν αριθμό πρωτοκόλλου και ημερομηνία έκδοσης, ο χρόνος ειδίκευσης θα αναγράφεται αριθμητικώς και ολογράφως, θα είναι υπογεγραμμένα από τους Δ/ντές Κλινικών, οι οποίοι θα διατυπώνουν την κρίση τους για την κατάρτιση του ειδικευομένου και την ικανότητά του για την απόκτηση ειδικότητας. Να σημειώνεται ότι παρακολούθησε ανελλιπώς τις εργασίες της Κλινικής ή Εργαστηρίου κατά το αναγραφόμενο χρονικό διάστημα και κανονικό ωράριο. Για τους γιατρούς από Νοσοκομεία άλλων χωρών θα υποβάλλονται τα πρωτότυπα πιστοποιητικά με επίσημη μετάφραση. Οι ασκηθέντες σε χώρες της Ε.Ε. θα προσκομίζουν βεβαίωση της αρμόδιας αρχής ότι η άσκησή τους έγινε σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες της Ε.Ε. . Τα πρωτότυπα επιστρέφονται μετά την χορήγηση της ειδικότητας εφόσον υποβληθούν επικυρωμένες φωτοτυπίες. Τα πρωτότυπα πιστοποιητικά να είναι υπογεγραμμένα από τουςΔ/ντές και θεωρημένα για το γνήσιο της υπογραφής τους από το εκεί Ελληνικό Προξενείο.**

**** Οι υποψήφιοι προς ειδικότητα πρέπει να φέρουν τα πιστοποιητικά ειδίκευσης και χειρουργικών επεμβάσεων κατά την ημέρα των εξετάσεων. Για τους υποψηφίους της χειρουργικής να προσκομίζεται βιογραφικό σημείωμα δέκα (10) ημέρες πριν από την έναρξη της εξεταστικής περιόδου, στο γραφείο του Προέδρου της Εξεταστικής Επιτροπής.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 3,81 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αίτηση στον Ιατρικό Σύλλογο προς την Δ/νση Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής	□	□	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής Σχολής ή φωτοτυπία επικυρωμένη	□	□	□
3. Βεβαίωση εγγραφής στα μητρώα Ιατρικού Συλλόγου	□	□	□
4. Πιστοποιητικό άσκησης σε αναγνωρισμένες για ειδίκευση ιατρών κλινικές και εργαστήρια υπογεγραμμένο από το Δ/ντή της κλινικής, το Δ/ντή της ιατρικής υπηρεσίας θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής και του χρόνου άσκησης από τους διοικητικούς Δ/ντές Νοσοκομείων*	□	□	
5. Συγκεντρωτικό Πίνακα εγχειρήσεων για όλες τις Χειρουργικές ειδικότητες **	□	□	
6. Πιστοποιητικό εγγραφής στα Μητρώα Αρρένων του Δήμου ή Δημοτολογίου	□	□	□
7. Παράβολο είσπραξης από Δ.Ο.Υ. 3, 81 ευρώ	□	□	
8. **Σε περίπτωση προηγούμενης αποτυχίας απαιτείται:** **α) Νέα αίτηση** **β) Υπεύθυνη δήλωση εάν ο γιατρός λαμβάνει μέρος στις εξετάσεις για .... Φορά.**	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 3,81 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας για μεταφορά νεκρών».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό θανάτου	☐	☐	☐
2. Ιατροδικαστική έκθεση (σε αιφνίδιο θάνατο)	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό ταρίχευσης	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό θανάτου	☐	☐	☐
2. Ιατροδικαστική έκθεση (σε αιφνίδιο θάνατο)	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό ταρίχευσης	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας για μεταφορά οστών».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό απολύμανσης οστών	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
2. Πιστοποιητικό απολύμανσης οστών	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας ίδρυσης πτηνοκτηνοτροφικών εγκαταστάσεων (Για μεγάλους Σταυλισμούς – Δυναμικότητα μεγαλύτερη των 20 ισοδύναμων ζώων)»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συνοπτική έκθεση για τη θέση της μονάδας, τα όρια του οικοπέδου, τα γειτονικά οικόπεδα, κλπ & απόσπασμα τοπογραφικού χάρτη της περιοχής (κλιμ . 1: 10.000)	□	□	
2. Τοπογραφικά Σχεδιαγράμματα εις τριπλούν	□	□	
3. Έγκριση του Νομάρχη για τη διάθεση των αποβλήτων (εφ'όσον υπάρχουν απόβλητα)	□	□	
4. Μελέτη επεξεργασίας και διαθέσεως των υγρών αποβλήτων (εφ'όσον υπάρχουν υγρά απόβλητα)	□	□	
5. Προέγκρισης χωροθέτησης και εγκατάστασης ή έγκριση περιβαλλοντικών όρων, όπου απαιτείται	□	□	
6. Μελέτη συλλογής, αποθηκεύσεως, επεξεργασίας και διαθέσεως κόπρου	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνοπτική έκθεση για τη θέση της μονάδας, τα όρια του οικοπέδου, τα γειτονικά οικόπεδα, κλπ & απόσπασμα τοπογραφικού χάρτη της περιοχής (κλιμ . 1: 10.000)	□	□	
2. Τοπογραφικά Σχεδιαγράμματα εις τριπλούν	□	□	
3. Έγκριση του Νομάρχη για τη διάθεση των αποβλήτων (εφ'όσον υπάρχουν απόβλητα)	□	□	
4. Μελέτη επεξεργασίας και διαθέσεως των υγρών αποβλήτων (εφ'όσον υπάρχουν υγρά απόβλητα)	□	□	
5. Προέγκρισης χωροθέτησης και εγκατάστασης ή έγκριση περιβαλλοντικών όρων, όπου απαιτείται	□	□	
6. Μελέτη συλλογής, αποθηκεύσεως, επεξεργασίας και διαθέσεως κόπρου	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας ίδρυσης πτηνοκτηνοτροφικών εγκαταστάσεων (Για Μεσαίους Σταυλισμούς – Δυναμικότητας 8 – 20 ισοδύναμων ζώων)»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ **Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

*** Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνοπτική έκθεση	□	□	
2. Τοπογραφικά Σχεδιαγράμματα εις τριπλούν	□	□	
3. Έγκριση του Νομάρχη για τη διάθεση των υγρών αποβλήτων (μόνο για βουστάσια και χοιροστάσια) Εκτός αν πρόκειται για εκτροφή ζώων ελευθέρας βοσκής	□	□	
4. Προέγκριση χωροθέτησης και εγκατάστασης ή έγκριση περιβαλλοντικών όρων, εφ' όσον από τις διατάξεις του ΥΠΕΧΩΔΕ προβλέπεται	□	□	
5. Μελέτη συλλογής, αποθηκεύσεως, επεξεργασίας και διαθέσεως κόπρου (για ποιμνιοστάσια, αιγοστάσια, κονικλοτροφεία, και πτηνοτροφεία ξηράς στρωμνής)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνοπτική έκθεση	□	□	
2. Τοπογραφικά Σχεδιαγράμματα εις τριπλούν	□	□	
3. Έγκριση του Νομάρχη για τη διάθεση των υγρών αποβλήτων (μόνο για βουστάσια και χοιροστάσια) Εκτός αν πρόκειται για εκτροφή ζώων ελευθέρας βοσκής	□	□	
4. Προέγκρισης χωροθέτησης και εγκατάστασης ή έγκριση περιβαλλοντικών όρων, εφ'όσον από τις διατάξεις του ΥΠΕΧΩΔΕ προβλέπεται	□	□	
5. Μελέτη συλλογής, αποθηκεύσεως, επεξεργασίας και διαθέσεως κόπρου (για ποιμνιοστάσια, αιγοστάσια, κονικλοτροφεία, και πτηνοτροφεία ξηράς στρωμνής)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας ίδρυσης πτηνοκτηνοτροφικών εγκαταστάσεων (Για Μικρούς Σταυλισμούς – Δυναμικότητας 3 – 7 ισοδύναμων ζώων)»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνοπτική έκθεση από Γεωτεχνικό υπάλληλο	□	□	
2. Αντίγραφα σχεδίων (τοπογραφικά – κτιριακά), εφ' όσον για την άδεια οικοδομής απαιτούνται σχέδια . Αν δεν απαιτείται άδεια οικοδομής υποβάλλονται σχέδια (εις τριπλούν) σε κλίμακα 1: 50 , που συντάσσονται από τον γεωτεχνικό υπάλληλο και τοπογραφικά από μηχανικό.	□	□	
3. Απλή έκθεση περιγραφής της διάθεσης των λυμάτων και της στερεάς κόπρου	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συνοπτική έκθεση από Γεωτεχνικό υπάλληλο	☐	☐	
2. Αντίγραφα σχεδίων (τοπογραφικά – κτιριακά), εφ' όσον για την άδεια οικοδομής απαιτούνται σχέδια . Αν δεν απαιτείται άδεια οικοδομής υποβάλλονται σχέδια (εις τριπλούν) σε κλίμακα 1: 50 , που συντάσσονται από τον γεωτεχνικό υπάλληλο και τοπογραφικά από μηχανικό.	☐	☐	
3. Απλή έκθεση περιγραφής της διάθεσης των λυμάτων και της στερεάς κόπρου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Πτηνοκτηνοτροφικές εγκαταστάσεις δυναμικότητας μικρότερης των 2 ισοδύναμων ζώων , πλην των οικοσίτων»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Για την περίπτωση αυτή δεν απαιτείται Άδεια, αλλά καθορίζεται ο αριθμός των εκτρεφόμενων ζώων με απόφαση του Νομάρχη για κάθε περίπτωση χωριστά και ύστερα από εισήγηση της Υγειονομικής Υπηρεσίας

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

- ☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
- ☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
- ☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
- ☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
- ☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	--	--	--

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Για την περίπτωση αυτή δεν απαιτείται Άδεια, αλλά καθορίζεται ο αριθμός των εκτρεφόμενων ζώων με απόφαση του Νομάρχη για κάθε περίπτωση χωριστά και ύστερα από εισήγηση της Υγειονομικής Υπηρεσίας

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας λειτουργίας πτηνοκτηνοτροφικών εγκαταστάσεων»

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :

Η αίτηση για την άδεια λειτουργίας γίνεται αφού ολοκληρωθούν οι εργασίες ανέγερσης των εγκαταστάσεων και πριν εγκατασταθούν τα ζώα σ΄ αυτές.

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τα θεωρημένα από την αρμόδια επιτροπή τοπογραφικά σχέδια και λοιπά δικαιολογητικά που είχαν επιστραφεί στον ενδιαφερόμενο κατά την διαδικασία της χορήγησης της άδειας ιδρύσεως	□	□	
2. Θεωρημένο Αντίγραφο της Άδειας Ιδρύσεως	□	□	
3. Τα σχεδιαγράμματα (σε τρία αντίγραφα) των κτιρίων που χρησιμοποιήθηκαν για την έκδοση της οικοδομικής άδειας (εφ' όσον ανεγέρθηκαν κτίρια)	□	□	
4. Αντίγραφο της Άδειας Οικοδομής (θεωρημένα από την πολεοδομική υπηρεσία, σε τρία αντίγραφα)	□	□	
5. Παραχωρητήριο της δασικής υπηρεσίας, εφ' όσον η εγκατάσταση γίνει σε παραχωρούμενη δασική έκταση	□	□	
6. Βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ. για έναρξη άσκησης επαγγέλματος ή επιτηδεύματος (τρία αντίγραφα)	□	□	
7. Η προσωρινή ή η οριστική, κατά περίπτωση, άδεια επεξεργασίας και διάθεσης αποβλήτων, εφ' όσον απαιτείται (τρία αντίγραφα)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τα θεωρημένα από την αρμόδια επιτροπή τοπογραφικά σχέδια και λοιπά δικαιολογητικά που είχαν επιστραφεί στον ενδιαφερόμενο κατά την διαδικασία της χορήγησης της άδειας ιδρύσεως	□	□	
2. Θεωρημένο Αντίγραφο της Άδειας Ιδρύσεως	□	□	
3. Τα σχεδιαγράμματα (σε τρία αντίγραφα) των κτιρίων που χρησιμοποιήθηκαν για την έκδοση της οικοδομικής άδειας (εφ' όσον ανεγέρθηκαν κτίρια)	□	□	
4. Αντίγραφο της Άδειας Οικοδομής (θεωρημένα από την πολεοδομική υπηρεσία, σε τρία αντίγραφα)	□	□	
5. Παραχωρητήριο της δασικής υπηρεσίας, εφ' όσον η εγκατάσταση γίνει σε παραχωρούμενη δασική έκταση	□	□	
6. Βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ. για έναρξη άσκησης επαγγέλματος ή επιτηδεύματος (τρία αντίγραφα)	□	□	
7. Η προσωρινή ή η οριστική, κατά περίπτωση, άδεια επεξεργασίας και διάθεσης αποβλήτων, εφ' όσον απαιτείται (τρία αντίγραφα)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Καταλληλότητας Κινητής Καντίνας».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ :			
ΜΑΡΚΑ :		ΧΡΩΜΑ:	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:		ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ :	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Εάν το όχημα είναι αυτοκινούμενο, το βιβλίο μεταβολών του αυτοκινήτου, θεωρημένο με την ένδειξη « ΚΙΝΗΤΗ ΚΑΝΤΙΝΑ» (στοιχεία της καντίνας : μάρκα, χρώμα, αριθμός κ.λπ.).	☐	☐	
2. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιαρίου υγείας.	☐	☐	
3. Εάν το όχημα είναι ρυμουλκούμενο, βεβαίωση της Δ/νσης Συγκοινωνιών για την έγκριση του τύπου του και ο αριθμός που έχει χαραχθεί από τον κατασκευαστή.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Η βεβαίωση καταλληλότητας χορηγείται μετά από αυτοψία – έλεγχο της κινητής καντίνας και προσκομίζεται στον Ο.Τ.Α. ή τη Δ/νση Εμπορίου, κατά περίπτωση, για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Εάν το όχημα είναι αυτοκινούμενο, το βιβλίο μεταβολών του αυτοκινήτου, θεωρημένο με την ένδειξη « ΚΙΝΗΤΗ ΚΑΝΤΙΝΑ» και τα στοιχεία της καντίνας : μάρκα, χρώμα, αριθμός κ.λπ..			
2. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιαρίου υγείας.			
3. Εάν το όχημα είναι ρυμουλκούμενο, βεβαίωση της Δ/νσης Συγκοινωνιών για την έγκριση του τύπου του και ο αριθμός που έχει χαραχθεί από τον κατασκευαστή.			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Καταλληλότητας Πρατηρίου Άρτου».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Σχεδιαγράμματα κάτοψης – τομής εις διπλούν στα οποία θα απεικονίζονται λεπτομερώς οι χώροι του πρατηρίου, οι διαστάσεις τους και η χρήση τους (αίθουσα πρατηρίου, αποχωρητήριο).	□	□	
2. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιαρίου Υγείας.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Σχεδιαγράμματα κάτοψης – τομής εις διπλούν στα οποία θα απεικονίζονται λεπτομερώς οι χώροι του πρατηρίου, οι διαστάσεις τους και η χρήση τους (αίθουσα πρατηρίου, αποχωρητήριο).	□	□	
2. Φωτοτυπία του ατομικού βιβλιαρίου Υγείας.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Καταλληλότητας Αυτοκινήτου Μεταφοράς Τροφίμων (ΑΡΤΟΥ-ΕΙΔΩΝ ΖΑΧΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ-ΦΑΓΗΤΩΝ κ.λπ.)».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ :			
ΜΑΡΚΑ :		ΧΡΩΜΑ:	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:		ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ :	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία άδειας λειτουργίας καταστήματος.	□	□	
2. Φωτοτυπία ατομικού βιβλιαρίου υγείας (θεωρημένο).	□	□	
3. Στοιχεία του αυτοκινήτου : μάρκα, αριθμός πλαισίου, αριθμός κυκλοφορίας (αν υπάρχει).	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η βεβαίωση χορηγείται μετά από αυτοψία-έλεγχο του αυτοκινήτου και προσκομίζεται στη Δ/νση Συγκοινωνιών για τη χορήγηση της άδειας (ή μεταβολής) κυκλοφορίας.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία άδειας λειτουργίας καταστήματος.			
2. Φωτοτυπία ατομικού βιβλιαρίου υγείας (θεωρημένο).	□		
3. Στοιχεία του αυτοκινήτου : μάρκα, αριθμός πλαισίου, αριθμός κυκλοφορίας (αν υπάρχει).	□		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Καταλληλότητας Αρτοποιείου».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας ΝΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία παλαιάς άδειας (αν πρόκειται για συνέχιση λειτουργίας).	□	□	
2. Δύο σχεδιαγράμματα – κάτοψης τομής υπό κλίμακα 1:50 στα οποία θα απεικονίζονται λεπτομερώς όλοι οι χώροι της επιχείρησης, οι διαστάσεις αυτών και η χρήση του κάθε χώρου.	□	□	
3. Φωτοτυπία ατομικού βιβλιαρίου Υγείας (θεωρημένου).	□	□	
4. Εάν πρόκειται για καινούργιο κατάστημα θα έχει την προέγκριση της Δ/νσης Βιομηχανίας (άδεια ίδρυσης).	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία παλαιάς άδειας (αν πρόκειται για συνέχιση λειτουργίας).	☐	☐	
2. Δύο σχεδιαγράμματα – κάτοψης τομής υπό κλίμακα 1:50 στα οποία θα απεικονίζονται λεπτομερώς όλοι οι χώροι της επιχείρησης, οι διαστάσεις αυτών και η χρήση του κάθε χώρου.	☐	☐	
3. Φωτοτυπία ατομικού βιβλιαρίου Υγείας (θεωρημένου).	☐	☐	
4. Εάν πρόκειται για καινούργιο κατάστημα θα έχει την προέγκριση της Δ/νσης Βιομηχανίας (άδεια ίδρυσης).	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα με βαριά αναπηρία»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος καυσίμων»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	--	--	--

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης Βαριά Νοητικά Καθυστερημένων (Β.Ν.Κ.)»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος σε μοναχικά άτομα άνω των 65 ετών και ανασφάλιστα άτομα»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Δικαιούχου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	-	-	-

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος σε απροστάτευτα παιδιά (Ν.4051/1960)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Δικαιούχου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(·):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης τυφλότητας»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από μεσογειακή αναιμία»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από αιμορροφιλία»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα πάσχοντα από AIDS»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών – παραπληγικών και ακρωτηριασμένων»

ΠΡΟΣ:		**Αριθμός Πρωτοκόλλου**	**Ημερομηνία**	**Αριθμός Μητρώου Δικαιούχου**
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης τετραπληγικών – παραπληγικών ασφαλισμένων του Δημοσίου»

ΠΡΟΣ:	*	**Αριθμός Πρωτοκόλλου**	**Ημερομηνία**	**Αριθμός Μητρώου Δικαιούχου**
		***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**		

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης			**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**				

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης Χανσενικών»

ΠΡΟΣ:		Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Δικαιούχου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης			Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας		

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης Κωφαλαλίας»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Βαριάς Νοητικής Καθυστέρησης (Β.Ν.Κ.)»

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον πατέρα τη μητέρα ή τον κηδεμόνα της οικογένειας στην οποία ζει το άτομο με Β.Ν.Κ.

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή Δευτεροβάθμιας σε περίπτωση ένστασης*.	☐	☐	
2. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου είσπραξης** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	☐	☐	
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας του υπεύθυνου είσπραξης και του ατόμου με ΒΝΚ, εάν αυτό είναι άνω των 16 ετών.	☐	☐	
4. Δικαστική απόφαση με την οποία έχει τεθεί υπό δικαστική αντίληψη ή εποπτεία ο ΒΝΚ (η απόφαση αυτή υποβάλλεται στις περιπτώσεις που ο ΒΝΚ είναι άνω των 18 ετών και το επίδομα δεν εισπράττουν οι γονείς του).	☐	☐	
5. Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του υπευθύνου είσπραξης και του ίδιου του Β.Ν.Κ.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Στις γνωματεύσεις πρέπει να βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε πάσχει από Βαριά Νοητική Καθυστέρηση και έχει δείκτη νοημοσύνης (ΔΝ) μέχρι και 30. για την έκδοση της γνωμάτευσης θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να υποβάλλει στην αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας του, βεβαίωση ιατρού ψυχιάτρου, διευθυντού κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου ή Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής του από το Διοικητικό Διευθυντή ή το μόνιμο αναπληρωτή του.

** Στην Υ.Δ. δηλώνονται τα εξής: **α)** Η μόνιμη κατοικία του ενδιαφερόμενου, **β)** ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες του ΒΝΚ, **γ)** ότι ο ΒΝΚ δεν παίρνει άμεσα ή έμμεσα άλλη οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη από οποιαδήποτε πηγή για την ίδια αιτία ή ότι πάιρνει για την ίδια αιτία χρηματικό ποσό (αναγράφεται το ποσό) ως επίδομα, προσαύξηση μισθού ή συντάξεως, ως τροφείο ή νοσήλιο ασφαλιστικών οργανισμών κλπ, **δ)** ο ΒΝΚ είναι ασφαλισμένος άμεσα ή έμμεσα στο Δημόσιο, ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ κλπ. Ειδικά οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, οι οποίοι έχουν ασφαλίσει έμμεσα των ενδιαφερόμενο να δηλώσουν αν είναι εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι. Οι συνταξιούχοι να προσκομίσουν και απόκομμα σύνταξης. Οι ανασφάλιστοι να δηλώνουν ότι δεν έχουν καμία ασφάλιση (σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αρκεί η υπεύθυνη δήλωση και απαιτείται βεβαίωση), **ε)** ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει την αρμόδια υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας της Ν.Α. του τόπου κατοικίας του σε περίπτωση εισαγωγής του ΒΝΚ για νοσηλεία σε Ίδρυμα ή Νοσοκομείο, εφόσον η δαπάνη περίθαλψης δεν καλύπτεται αποκλειστικά από την οικογένεια πλησίον της οποίας διαβιώνει ο ΒΝΚ καθώς και σε οποιαδήποτε αλλαγή των δηλωθέντων στοιχείων, όπως αλλαγή του τόπου κατοικίας, λήψη οικονομικής ενίσχυσης από άλλο φορέα ή συντάξεως ή αυξήσεως της αναπηρικής συντάξεως που παίρνει ο ΒΝΚ από τον ασφαλιστικό του φορέα, θανάτου κλπ.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

1. Τα άτομα να έχουν Βαριά Νοητική Καθυστέρηση με Δείκτη Νοημοσύνης κάτω του 30. για παιδιά ηλικίας μέχρι 2 ½ ετών δεν προσδιορίζεται ο δείκτης νοημοσύνης. Στις περιπτώσεις αυτές οι γνωματεύσεις πρέπει να αναφέρουν μόνο ότι το παιδί πάσχει από Βαριά Νοητική Καθυστέρηση.
2. Τα ΒΝΚ να μη λαμβάνουν για την ίδια αιτία άμεσα ή έμμεσα καμία οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφή (σύνταξη, οικονομική ενίσχυση ή άλλου είδους παροχή) από τον ασφαλιστικό τους ή άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
3. Τα ΒΝΚ να μη λαμβάνουν από τον ασφαλιστικό τους φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, άμεσα ή έμμεσα, οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφής μεγαλύτερης των 29,35 € μηνιαίως.
4. Τα ΒΝΚ εφόσον λαμβάνουν για την ίδια αιτία από τον ασφαλιστικό του ή άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφή μεγαλύτερη από 29,35 € και μέχρι του ποσού της κατώτερης (βασικής) αναπηρικής σύνταξης του ΟΓΑ.
5. Να μην νοσηλεύονται σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα ή Κλινικές ή παραμένουν ως εσωτερικά, σε Ιδρύματα (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ κλπ) ή ιδιωτικούς φορείς και η δαπάνη νοσηλείας ή περιθάλψεως τους βαρύνει τον ασφαλιστικό τους φορέα.
6. Οι ΒΝΚ που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

7. Οι ΒΝΚ που παρακολουθούν αμιγείς μονάδες ειδικής αγωγής του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας.
8. Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς ΒΝΚ, έστω και αν έχουν στερηθεί την ελληνική ιθαγένεια.
9. Οι Κύπριοι υπήκοοι ελληνικής καταγωγής εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
10. Οι ΒΝΚ υπήκοοι των Κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το ΝΔ 4017/59 (ΦΕΚ 246/Α'/59) Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
11. Οι ΒΝΚ των οποίων οι γονείς έχουν κριθεί ως ανίκανοι κατά την έννοια των διατάξεων των Ν. 4051/61 και του Β.Δ/τος 669/61.
12. Οι ΒΝΚ που κρίνονται δικαιούχοι του επιδόματος των διατάξεων του ΝΔ 1153/72 «περί προστασίας πολυμελών οικογενειών δια παροχής οικογενειακών επιδομάτων» (ΦΕΚ 76/Α'/72).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή Δευτεροβάθμιας σε περίπτωση ένστασης*.	☐	☐	
2. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου είσπραξης** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	☐	☐	
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας του υπεύθυνου είσπραξης και του ατόμου με ΒΝΚ, εάν αυτό είναι άνω των 16 ετών.	☐	☐	
4. Δικαστική απόφαση με την οποία έχει τεθεί υπό δικαστική αντίληψη ή εποπτεία ο ΒΝΚ (η απόφαση αυτή υποβάλλεται στις περιπτώσεις που ο ΒΝΚ είναι άνω των 18 ετών και το επίδομα δεν εισπράττουν οι γονείς του).	☐	☐	
5. Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του υπευθύνου είσπραξης και του ίδιου του Β.Ν.Κ.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Χανσενικών»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α. Για τις τρεις πρώτες κατηγορίες (αναφέρονται στις προϋποθέσεις 1,2,3) :			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
2. Βεβαίωση νοσηλείας ή εξιτήριο κατά περίπτωση ή επικυρωμένο αντίγραφο αυτών από το Θ.Χ.Π.Α. ή Δ.Ν.Λ.Ν.Α. ή Κ.Κ.Α.Χ.	□	□	
3. Σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία λόγω της ασθένειας ή λόγω αναπηρίας, ιατρική γνωμάτευση του ΘΧΠΑ ή του Νοσοκομείου Λοιμωδών Νόσων Αθηνών ή του ΚΚΑΧ, στην οποία να αναγράφεται ότι λόγω της ασθένειας ή λόγω αναπηρίας δε δύναται να εργαστεί.	□	□	
4. Υπεύθυνη Δήλωση ότι υποχρεούνται οι ίδιοι ή οι νόμιμοι αντιπρόσωποί τους, να ενημερώσουν αμέσως την υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή επέλθη σε ότι αφορά τις προϋποθέσεις ένταξής τους στο πρόγραμμα.	□	□	
Β. Για την τέταρτη και πέμπτη κατηγορία (αναφέρονται στις προϋποθέσεις 4,5) :			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τα ανήλικα τέκνα, θα προσκομίζεται πιστοποιητικό γέννησης.	□	□	
2. Βεβαίωση νοσηλείας (για τα εξαρτημένα μέλη) ή εξιτήριο (για τα ανήλικα τέκνα) κατά περίπτωση ή επικυρωμένα αντίγραφα αυτών, του χανσενικού από το Θ.Χ.Π.Α. ή Δ.Ν.Λ.Ν.Α. ή Κ.Κ.Α.Χ.	□	□	
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας με τον χανσενικό.	□	□	□
4. Για την τέταρτη κατηγορία: εκκαθαριστικό της εφορίας και ασφαλιστικό βιβλιάριο, από τα οποία να προκύπτει η εξάρτηση από τον χανσενικό ασθενή (ότι δεν εργάζεται ή δεν έχουν ατομικό εισόδημα).	□	□	
5. σε περίπτωση ανάπηρου αδελφού, ανίκανου για εργασία, γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του τόπου κατοικίας του, όπου θα φαίνεται ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω και η ανικανότητά του προς εργασία.	□	□	
6. Υπεύθυνη Δήλωση ότι υποχρεούνται οι ίδιοι ή νόμιμοι αντιπρόσωποί τους, να ενημερώσουν αμέσως την υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή επέλθει σε ότι αφορά τις προϋποθέσεις ένταξής τους στο πρόγραμμα.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Σε περιπτώσεις ασάφειας ή αμφιβολίας οι Διευθύνσεις ή τα Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν, κατά την κρίση τους, συμπληρωματικά δικαιολογητικά. Υποχρεούνται δε, σε τήρηση διακριτικότητας λόγω της ιδιαιτερότητας των περιπτώσεων.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ: Δικαίωμα υπαγωγής στο πρόγραμμα θεμελιώνουν:

1. Οι χανσενικοί ασθενείς που περιθάλπονται ως εσωτερικοί στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αττικής (Θ.Χ.Π.Α.)
2. Οι χανσενικοί ασθενείς που νοσηλεύονται κατ' οίκον και απέχουν λόγω της νόσους από την εργασία τους.
3. Οι αποθεραπευθέντες από τη νόσο του Χάνσεν, που εξήλθαν ή που εξέρχονται με εξιτήριο από το Θ.Χ.Π.Α. ή από το πρώην Δημόσιο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων Αθηνών (Δ.Ν.Λ.Ν.Α.) ή το πρώην Κέντρο Κοινωνικής Αποκατάστασης Χανσενικών (Κ.Κ.Α.Χ.), ανεξάρτητα από το χρόνο παραμονής τους σε αυτά ή παραμένουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

4. Τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειας του χανσενικού ασθενή (σύζυγος, γονείς, άγαμες αδελφές, ανήλικα αδέλφια ή εκείνα που δε μπορούν να εργασθούν εξ' αιτίας αναπηρίας ή νόσου και συντηρούνται οικονομικά από αυτόν) και για όσο διάστημα αυτή νοσηλεύεται στο Θ.Χ.Π.Α.
5. Τα ανήλικα παιδιά του χανσενικού ασθενή
6. Οι Έλληνες που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα. Απουσία στο εξωτερικό για χρονικό διάστημα μικρότερο των έξι (6) μηνών δεν αποτελεί λόγο διακοπής της οικονομικής ενίσχυσης.
7. Οι παλιννοστούντες ομογενείς για οι επαναπατριζόμενοι.
8. Οι Κύπριοι υπήκοοι Ελληνικής καταγωγής που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
9. Οι υπήκοοι των Κρατών που περιλαμβάνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση που κυρώθηκε με το ΝΔ 4017/59 (ΦΕΚ 246/Α'/59), εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..   ☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   ☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..   ☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   ☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α. Για τις τρεις πρώτες κατηγορίες (αναφέρονται στις προϋποθέσεις 1,2,3) :			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
2. Βεβαίωση νοσηλείας ή εξιτήριο κατά περίπτωση ή επικυρωμένο αντίγραφο αυτών από το Θ.Χ.Π.Α. ή Δ.Ν.Λ.Ν.Α. ή Κ.Κ.Α.Χ.	□	□	
3. Σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία λόγω της ασθένειας ή λόγω αναπηρίας, ιατρική γνωμάτευση του ΘΧΠΑ ή του Νοσοκομείου Λοιμωδών Νόσων Αθηνών ή του ΚΚΑΧ, στην οποία να αναγράφεται ότι λόγω της ασθένειας ή λόγω αναπηρίας δε δύναται να εργαστεί.	□	□	
4. Υπεύθυνη Δήλωση ότι υποχρεούνται οι ίδιοι ή οι νόμιμοι αντιπρόσωποί τους, να ενημερώσουν αμέσως την υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή επέλθη σε ότι αφορά τις προϋποθέσεις ένταξής τους στο πρόγραμμα.	□	□	
Β. Για την τέταρτη και πέμπτη κατηγορία (αναφέρονται στις προϋποθέσεις 4,5) :			
1. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τα ανήλικα τέκνα, θα προσκομίζεται πιστοποιητικό γέννησης.	□	□	
2. Βεβαίωση νοσηλείας (για τα εξαρτημένα μέλη) ή εξιτήριο (για τα ανήλικα τέκνα) κατά περίπτωση ή επικυρωμένα αντίγραφα αυτών, του χανσενικού από το Θ.Χ.Π.Α. ή Δ.Ν.Λ.Ν.Α. ή Κ.Κ.Α.Χ.	□	□	
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας με τον χανσενικό.	□	□	□
4. Για την τέταρτη κατηγορία: εκκαθαριστικό της εφορίας και ασφαλιστικό βιβλιάριο, από τα οποία να προκύπτει η εξάρτηση από τον χανσενικό ασθενή (ότι δεν εργάζεται ή δεν έχουν ατομικό εισόδημα).	□	□	
5. σε περίπτωση ανάπηρου αδελφού, ανίκανου για εργασία, γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του τόπου κατοικίας του, όπου θα φαίνεται ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω και η ανικανότητά του προς εργασία.	□	□	
6. Υπεύθυνη Δήλωση ότι υποχρεούνται οι ίδιοι ή νόμιμοι αντιπρόσωποί τους, να ενημερώσουν αμέσως την υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή επέλθει σε ότι αφορά τις προϋποθέσεις ένταξής τους στο πρόγραμμα.	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης ατόμων με εγκεφαλική παράλυση»

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον πατέρα, τη μητέρα ή τον κηδεμόνα της οικογένειας στην οποία ζει το άτομο με εγκεφαλική παράλυση.

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής της Ν.Α. του τόπου κατοικίας του αναπήρου, στην οποία βεβαιώνεται ότι το άτομο αυτό πάσχει από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικό κλπ)*.	☐	☐	
2. Υπεύθυνη Δήλωση του πατέρα ή της μητέρας ή του κηδεμόνα του αναπήρου** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Για την έκδοση της γνωμάτευσης, υποβάλλεται στην αρμόδια Π.Υ.Ε αίτηση του γονέα ή κηδεμόνα του αναπήρου με έκθεση κρατικού ιατρού ή ιατρού ΝΠΔΔ κατά προτίμηση νευρολόγου. Στην οποία περιγράφεται με κάθε λεπτομέρεια η φύση της αναπηρίας του συγκεκριμένου ατόμου.

** Στην Υ.Δ. δηλώνονται τα εξής: **α)** Η μόνιμη κατοικία του ενδιαφερόμενου, **β)** ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες του αναπήρου ατόμου, **γ)** ότι το ανάπηρο άτομο ή η οικογένειά του δεν παίρνει άμεσα ή έμμεσα άλλη οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής για την ίδια αιτία (εγκεφαλική παράλυση). Σε περίπτωση που εισπράττει για την ίδια αιτία με οποιαδήποτε μορφή κάποια οικονομική ενίσχυση (είτε σαν επίδομα είτε σαν προσαύξηση μισθού ή συντάξεως), τότε δηλώνεται το ποσό με κάθε λεπτομέρεια, **δ)** ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει την αρμόδια υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α. σε περίπτωση περίθαλψης του αναπήρου σε Ίδρυμα (προνοιακό) ή Νοσοκομείο, αλλαγής του τόπου κατοικίας, θανάτου ή λήψης οικονομικής ενίσχυσης ή σύνταξης κλπ.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

1. Άτομα με εγκεφαλική παράλυση (σπαστικά) ηλικίας από 0 – 18 ετών είτε είναι ασφαλισμένα είτε είναι ανασφάλιστα, εκτός αν παίρνουν οικονομική ενίσχυση ως τετραπληγικά, παραπληγικά, βάσει των διατάξεων των Ν. 1140/81 και Ν. 1284/82 από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς ή από τις Δ/νσεις και τα Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείας βάσει της 115750/3006/81 Κοινής Υπουργικής Απόφασης, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τη Γ4/Φ.29/1931/82.
2. Οι Έλληνες που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα. Απουσία στο εξωτερικό για οποιοδήποτε λόγο που δεν υπερβαίνει τους 6 μήνες δεν αποτελεί λόγο διακοπής της οικονομικής ενίσχυσης.
3. Οι περιθαλπόμενοι ως εξωτερικοί σε ιδρύματα ή νοσοκομεία, ανεξάρτητα εάν το Δημόσιο ή ο ασφαλιστικός οργανισμός καταβάλλουν τροφεία – νοσήλια. Δε δικαιούνται της οικονομικής ενίσχυσης όσοι εισπράττουν είτε οι ίδιοι, είτε τα μέλη της οικογένειάς τους, από οποιοδήποτε φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής προνοιακό επίδομα ή σύνταξη λόγω εγκεφαλικής παράλυσης, ίση ή μεγαλύτερη από την καθοριζόμενη. Εάν παίρνουν μικρότερη, τότε τους καταβάλλεται η διαφορά
4. Τα άτομα που φοιτούν σε μονάδες Υπουργείου Εθνικής Παιδείας.
5. Αυτοί που περιθάλπονται ως εσωτερικοί σε ιδρύματα (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ., κ.λ.π.) που λειτουργούν κατόπιν άδειας, εφόσον τη δαπάνη της περίθαλψής τους έχει αναλάβει η οικογένειά τους. ***Αν τη δαπάνη καταβάλλει το Κράτος ή ο Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., κ.λ.π. επιχορηγούμενο από το Κράτος, τότε ουδεμία οικονομική ενίσχυση καταβάλλεται.***
6. Αυτοί που νοσηλεύονται σε Νοσοκομεία, κλινικές κλπ για χρονικό διάστημα μικρότερο από δύο (2) μήνες το χρόνο. Σε περίπτωση που η νοσηλεία τους παρατείνεται περισσότερο από δύο (2) μήνες

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

το χρόνο , τότε η οικονομική ενίσχυση καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που οι δαπάνες νοσηλείας καλύπτονται από την οικογένειά τους.

7. Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς με εγκεφαλική παράλυση, έστω και αν έχουν στερηθεί την ελληνική ιθαγένεια.
8. Οι Κύπριοι υπήκοοι ελληνικής καταγωγής εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
9. Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση υπήκοοι των Κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το ΝΔ 4017/59 (ΦΕΚ 246/Α'/59) Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
10. Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση των οποίων οι γονείς έχουν κριθεί ως ανίκανοι κατά την έννοια των διατάξεων των Ν. 4051/61 και του Β.Δ/τος 669/61.
11. Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση που κρίνονται δικαιούχοι του επιδόματος των διατάξεων του ΝΔ 1153/72 «περί προστασίας πολυμελών οικογενειών δια παροχής οικογενειακών επιδομάτων» (ΦΕΚ 76/Α'/72).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής της Ν.Α. του τόπου κατοικίας του αναπήρου, στην οποία βεβαιώνεται ότι το άτομο αυτό πάσχει από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικό κλπ)*.	☐	☐	
2. Υπεύθυνη Δήλωση του πατέρα ή της μητέρας ή του κηδεμόνα του αναπήρου** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε σπαστικά άτομα»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	_	_	_

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επιδότηση Νεφροπαθών».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(*):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βεβαίωση από Νοσοκομείο ότι ο ασθενής κάνει αιμοκάθαρση, υπογεγραμμένη από νεφρολόγο ιατρό και από τον Δ/κό Διευθυντή.	□	□	
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από τον Δήμο ή την Κοινότητα του ασθενούς.	□	□	□
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	□	□	
4. Εξουσιοδότηση, θεωρημένη από την αστυνομία, μαζί με την ταυτότητά του (Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει το επίδομα από το Ταχυδρομείο της περιοχής της κατοικίας του) **	□	□	
5. Μια φωτογραφία του ασθενούς.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Το κείμενο της Υπεύθυνης δήλωσης του ν. 1599/1986 θα είναι το εξής : «Έχω μόνιμη κατοικία την αναφερόμενη στην αίτηση και δεν εισπράττω το επίδομα από άλλη Νομαρχία της Ελλάδας».**
**** Στην εξουσιοδότηση θα αναφέρεται το άτομο που θα λαμβάνει το επίδομα εκ μέρους του .**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Βεβαίωση από Νοσοκομείο ότι ο ασθενής κάνει αιμοκάθαρση, υπογεγραμμένη από νεφρολόγο ιατρό και από τον Δ/κό Διευθυντή.	□	□	
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από τον Δήμο ή την Κοινότητα του ασθενούς.	□	□	□
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	□	□	
4. Εξουσιοδότηση, θεωρημένη από την αστυνομία, μαζί με την ταυτότητά του (Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει το επίδομα από το Ταχυδρομείο της περιοχής της κατοικίας του) **	□	□	
5. Μια φωτογραφία του ασθενούς.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 010 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr
e-mail: webmaster @ et.gr

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑΤΩΝ Φ.Ε.Κ.: Τηλ. 1464

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: **010 527 9000**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227 - Τ.Κ. 54100 **(0310) 423 956**
ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Γούναρη και Εθν. Αντίστασης Τ.Κ. 185 31 **010 4135 228**
ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327 - Τ.Κ. 262 23 **(0610) 638 109 -110**
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 450 44 **(06510) 87215**
ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1 Τ.Κ. 691 00 **(05310) 22 858**
ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 411 10 **(0410) 597449**
ΚΕΡΚΥΡΑ - Σαμαρά 13 Τ.Κ. 491 00 **(06610) 89 127 / 89 120**
ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πλ. Ελευθερίας 1, Τ.Κ. 711 10 **(0810) 396 223**
ΛΕΣΒΟΣ - Πλ. Κωνσταντινουπόλεως Τ.Κ. 811 00 Μυτιλήνη **(02510) 46 888 / 47 533**

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Σε έντυπη μορφή:
- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

Σε μορφή CD:

Τεύχος	Περίοδος	Τιμές σε EURO
Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	Μηνιαίο	60
Α΄ και Β΄	3μηνιαίο	75
Α΄, Β΄ και Δ΄	3μηνιαίο	90
Α΄	Ετήσιο	180
Β΄	Ετήσιο	210
Γ	Ετήσιο	60
Δ΄	Ετήσιο	150
Παράρτημα	Ετήσιο	75
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	Ετήσιο	75
Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)	Ετήσιο	75
Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	Ετήσιο	75
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου	Ετήσιο	75
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Ετήσιο	75

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

	Σε έντυπη μορφή		Από το Internet	
Τεύχος	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512
	euro	euro	euro	euro
Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.)	205	10,25	176	8,80
Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.)	293	14,65	205	10,25
Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	293	14,65	147	7,35
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	147	7,35	88	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.)	30	1,50	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	59	2,95	30	1,50
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	2.054	102,70	587	29,35
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	205	10,25	88	4,40
Α΄, Β΄ και Δ΄			352	17,60

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2002 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι τον Φεβρουάριο κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ